

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 16 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

E. FABRE

EXTERNE DES HÔPITAUX

LA MIGRAINE

CHEZ LES ENFANTS

PRÉSIDENT : M. DEBOVE, Professeur.

JUGES	{	MM. DIEULAFOY,	{	Professeurs.
		HUTINEL,		
		ACHARD, Agrégé.		

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHER.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		{ HUTINEL.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		N....
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale.		{ LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		{ TERRIER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement.		{ PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

« On peut exiger beaucoup de
« celui qui devient auteur pour ac-
« quérir de la gloire ou pour un
« motif d'intérêt ; mais un homme
« qui n'a écrit que pour satisfaire à un
« devoir dont il ne peut se dispenser,
« à une obligation qui lui est impo-
« sée, a sans doute de grands droits
« à l'indulgence de ses lecteurs. »

« LA BRUYÈRE. »



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLENEUVE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MARSEILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

MÉDECIN A LA SALPÊTRIÈRE

MONSIEUR LETULLE

MÉDECIN A L'HOPITAL BOUGICAULT

MONSIEUR COMBY

MÉDECIN A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

MM. DUPRÉ, RÉNON, LEPAGE, HUDELO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

DOYEN DE LA FACULTÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Les descriptions de migraine parlent presque uniquement de la migraine de l'adulte ou de l'adolescent. A peine trouve-t-on dans les classiques une brève mention de l'âge plus ou moins précoce des premiers accès; la plupart des traités de pathologie infantile la passent sous silence, ou la décrivent comme exceptionnelle avant 12 ou 15 ans.

La céphalalgie migraineuse, surtout, a été délicatement décrite par les auteurs qui, pour la plupart, pouvaient ajouter au tableau une touche personnelle. Son mode d'apparition, sa localisation, son intensité, ses moindres caractères, sont bien précisés. C'est le noyau autour duquel se groupent les autres éléments du syndrome.

Chez l'enfant, ce centre paraît déplacé. La céphalalgie, phénomène subjectif, perd de sa valeur séméiologique pendant les premières années. La douleur exige, pour être extériorisée, la mise en jeu d'appareils complexes. Celle des tout petits est mal connue, parce qu'elle est mal traduite, pendant tout le temps que dure l'édification de la sensibilité consciente et de la vie de relation. Arrivé à la seconde enfance, le petit migraineux témoigne de la douleur, il la localise déjà, mais il est incapable de la décrire : « la sensation est alors tellement nouvelle et inattendue, elle a si peu d'analogie avec les autres sensations pénibles que l'enfant a déjà ressenties, qu'elle pro-

voque chez lui tout à la fois étonnement et douleur, et que le premier accès de migraine reste dans sa mémoire d'une façon indélébile » (Bouchard).

Le vomissement, au contraire, se produit chez l'enfant avec une extrême facilité. Aussi le verrons-nous constamment dans la migraine infantile. Dans quelques cas, il prendra une place telle, qu'il en sera le signe le plus apparent. D'autres fois, il sera le seul élément de diagnostic rétrospectif d'accidents jugés au moment où la névrose revêt sa forme définitive. Toujours, il se présentera avec des caractères particuliers, le faisant distinguer des vomissements d'une autre cause.

L'inégale valeur clinique de ces deux symptômes dans la migraine infantile est peut-être la cause du silence des auteurs à son sujet. Cependant, depuis quelques années, Withney, Rachford, Comby et d'autres ont observé, chez les enfants, une série de phénomènes qu'ils ont rapprochés. La cause leur en a paru commune, et Comby en a présenté un groupement synthétique sous le nom *d'uricémie chez les enfants* (*Arch. de méd. des enf.* 1901).

Parmi ces accidents, deux nous intéressent, ce sont les vomissements périodiques, et la céphalalgie paroxysmique uricémique.

Se basant sur la clinique qui montrait l'hérédité arthritique de ces malades, et sur les analyses chimiques par lesquelles on trouvait fréquemment de l'acide urique et des urates, dans les urines, dans le sang, et plus récemment dans le liquide céphalo-rachidien, au moment des paroxysmes, Comby admet que ces accidents sont étroitement liés à la diathèse uricémique. Ils représentent le

germe, l'ébauche des grands paroxysmes qui doivent fondre sur l'âge mûr; cette diathèse est l'arthritisme jeune.

Elle est héréditaire au premier chef, et ses manifestations se voient dès le bas âge. La migraine est parmi ses manifestations. Elle fait partie de l'héritage des arthritiques; nous verrons qu'elle peut éclater de bonne heure.

A l'aide de quelques observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades et dans des publications récentes, nous essaierons de montrer l'éclosion, les accès initiaux et l'évolution de cette névrose.

La migraine infantile est la même dans ses grands traits que celle de l'adulte, elle s'en distingue toutefois, surtout pendant la première enfance, par quelques variantes cliniques. L'étude de la pathogénie ne pouvait être omise; la relation qui existe entre la migraine et l'arthritisme se manifeste déjà chez l'enfant, et pèse sérieusement sur le pronostic éloigné. Nous insisterons sur la description du syndrome, en décrivant une forme fruste, et sur le diagnostic.

C'est sur les conseils de notre maître, M. le docteur Comby, que nous avons entrepris ce travail, après une année d'externat passée dans son service. Son enseignement nous a été très précieux, et nous le prions d'accepter nos remerciements et les sentiments de grande reconnaissance que nous lui devons.

Que M. le professeur Debove, doyen de la Faculté, accepte l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

ETIOLOGIE

La migraine, névralgie ou névrose, est un syndrome. Si, chez l'enfant, les phénomènes accessoires sont parfois moins complets, notamment du côté des organes des sens, si la valeur relative des signes cardinaux semble modifiée, on peut toujours retrouver la céphalée et les troubles digestifs caractéristiques.

Le professeur Bouchard définit la migraine « un état
« douloureux cranien, unilatéral ou bilatéral, ressenti
« dans la zone des branches supérieures du trijumeau ou
« de l'occipital, avec participation des nerfs ciliaires,
« avec participation fréquente des nerfs optique et
« acoustique, avec participation très fréquente du pneumo-
« gastrique, le tout compliqué d'encéphalopathie et
« accompagné accessoirement de spasme ou de para-
« lysie du sympathique cervical. » La définition de
Comby, moins analytique, fait intervenir la notion de
durée et de périodicité. Elle nous paraît mieux appliquée
à la migraine infantile : « C'est une névrose paroxys-
« tique, du groupe arthritique, caractérisée par des accès
« douloureux hémicraniens, durant en moyenne 24 heures,
« et s'accompagnant de nausées et de vomissements,

« Tantôt ces accès sont simples, tantôt ils sont compliqués de manifestations lumineuses ou colorées qui constituent la *migraine ophtalmique*. »

Où placer le point de départ de la série des réflexes ? Anatomiquement il n'est pas localisé. Au point de vue fonctionnel, on a donné diverses localisations. Cependant la pathogénie de la migraine est inconnue. On peut reprocher à chacune des théories de négliger une partie des symptômes au profit d'un seul.

Les premiers auteurs parlèrent d'un trouble cérébral causé par une fermentation, par la bile du cerveau. D'autres firent de la migraine une douleur sympathique d'un trouble de l'estomac. Sauvage multiplia les points de départ, et décrivit dix variétés de migraine, suivant l'organe d'où provenait l'excitation nerveuse. Il est probable que parmi ces migraines se trouvaient des céphalées banales, et ne ressemblant en rien à cette névrose.

Pendant le siècle dernier, la notion pathogénique ne s'est pas mieux précisée, malgré les théories. Deux interprétations peuvent les résumer : l'une fait de la migraine un trouble nerveux soit central, soit périphérique, l'autre accorde à l'estomac un rôle prépondérant.

Pour Pinel et Bouillaud, c'est une névralgie du trijumeau et du facial ; pour Piorry, c'est une névralgie ascendante à début irien. Romberg en fait une névralgie du cerveau, Dubois-Reymond une tétanisation du grand sympathique par excitation du centre cilio-spinal.

Tissot et Lasègue décrivirent la migraine comme symptomatique d'un état gastrique. Lasègue a résumé son opinion en ces termes : « il existe à côté, ou plutôt

« au-dessous de la grande pathologie de l'estomac
« (cancer, ulcère, dilatation...) une petite pathologie
« expulsée des traités classiques, mais qui occupe une
« place importante dans la pratique médicale. C'est à
« ces troubles multiples qu'il faut s'adresser si l'on veut
« avoir une notion exacte de la solidarité du mal d'es-
« tomac et du mal de tête migraineux ». Lasègue était
migraineux et pouvait provoquer expérimentalement ses
accès par l'ingestion de chocolat ; mais son cas, quoique
banal et vrai au point de vue étiologique, ne peut motiver
une interprétation pathogénique absolue. Le vomissement
n'est pas nécessaire dans l'accès de migraine ; la nausée
manque rarement, mais, malgré l'anorexie, il peut y avoir
sensation de faim, la digestion peut se faire : il n'y a donc
pas de trouble profond dans les fonctions gastriques.

Pas plus que le trouble gastrique, l'excitation ou la
paralysie d'un centre nerveux, n'expliquent la raison
pathogénique de la migraine. Celle-ci apparaît moins
comme une maladie propre, que comme une manifesta-
tion réactionnelle spéciale à un état morbide. L'étiologie
montre qu'elle n'existe pas indifféremment chez tous les
sujets. Il lui faut un terrain préparé, la nature de ce
terrain n'est pas connue.

La migraine apparaît sous l'influence de deux ordres
de causes : des causes prédisposantes et des causes déter-
minantes.

Au premier rang des causes prédisposantes est *l'hérédité*, le plus souvent similaire. « Les migraineux engendrent des migraineux », tous les auteurs l'ont fait remarquer. Lasègue était le descendant d'une famille

migraïneuse depuis trois générations sans interruption. Soula, dans sa thèse, rapporte dix fois l'hérédité maternelle, deux fois l'hérédité paternelle. Sarda insiste également sur ce fait, et cite une famille où la migraine se transmettait de père en fils depuis quatre générations. Huchard place l'hérédité en tête des causes de la migraine. Liveing, dans un résumé de 67 observations, a trouvé 23 fois la migraine chez les ascendants. Hénoc'h dit qu'il faut tenir compte de cette prédisposition héréditaire paternelle ou maternelle, plusieurs enfants d'une même famille pouvant être atteints. Comby, sur 20 cas, a observé 19 fois la migraine héréditaire : 15 fois du côté de la mère, 4 fois du côté du père. Dans les 12 observations que nous publions, l'hérédité similaire s'affirme 8 fois : 1 fois du côté paternel, 6 fois du côté maternel, 1 fois chez les deux générateurs.

Il n'est pas rare de voir la migraine venir de plus loin, et se transmettre régulièrement pendant plusieurs générations. On la rencontre fréquemment encore chez les collatéraux.

Le fait a été noté d'un père transmettant héréditairement sa migraine, alors qu'elle n'apparaît chez lui que d'une façon tardive. Il y a donc une disposition générale qui existe à tel degré qu'elle peut être transmise héréditairement. Cette prédisposition se traduit d'ailleurs par d'autres maladies que l'on observe souvent chez les parents des migraineux, et qui sont : l'asthme, la goutte, la gravelle, l'obésité, en un mot, les maladies du groupe arthritique.

Trousseau rattachait la migraine comme l'asthme à ce

qu'il appelait la diathèse goutteuse : il y voyait les premières manifestations possibles de la goutte : elles sont, disait-il, comme une manière d'être de la goutte larvée. Il insiste dans ses leçons sur l'hérédité de cette diathèse, sur l'alternance et la succession de ces névroses avec les accidents de la goutte franche : « les manifestations irrégulières de la goutte peuvent, chez les individus issus de parents goutteux, constituer la seule expression de la diathèse qui leur a été transmise par leurs ascendants ; elles peuvent précéder toute manifestation régulière ; elles peuvent alterner avec elles, leur succéder ».

Charcot avait noté la coexistence fréquente de la migraine avec l'une ou l'autre des deux formes de rhumatisme chronique.

Le professeur Bouchard a démontré, par de nombreuses observations, la fréquence des maladies arthritiques chez les parents de migraineux, et, réciproquement, la fréquence de la migraine dans les antécédents héréditaires de l'arthritisme. Il rapporte en outre une observation de Baumès où, chez le même sujet, on voit se succéder et se remplacer la migraine, une gastralgie, des accès d'asthme, de l'eczéma, et enfin un gonflement douloureux des deux genoux. Ces transformations mirent plusieurs années à s'effectuer ; elles peuvent se dérouler dans un laps de temps beaucoup plus restreint. Chez des enfants encore jeunes, on a vu la migraine succéder à l'asthme ou à la gravelle urique, ou bien encore à des vomissements périodiques ou à de la céphalalgie périodique.

Ces vomissements et ces accès de céphalalgie ont été étudiés dans les thèses de Solélis et de Caussade. On ne

les a observés que chez les enfants en bas âge; ils sont considérés comme des manifestations précoces de l'arthritisme. Comby les fait dépendre d'une diathèse uricémique qui n'est que la forme première de l'arthritisme. En effet, ces petits malades sont toujours des descendants d'arthritiques, et dans leurs urines, dans le sang et dans les matières vomies on trouve fréquemment de l'acide urique et des urates en excès, de la xanthine et des leucomaines (Rachford, Withney). Withney avait été frappé de l'analogie entre ces crises de vomissements à rechutes et les accès de migraine. Rachford fait le même rapprochement, et fait remarquer qu'il a vu dans des cas de migraine les accès coïncider avec l'excrétion urinaire d'énormes quantités de xanthine. Ces produits d'oxydation incomplète peuvent, par leur action sur le système nerveux, être le point de départ des paroxysmes, mais ils ne suffisent pas à expliquer toute la maladie. Leur production est un phénomène pathologique commun à beaucoup de manifestations arthritiques : leur présence peut être une cause plus immédiate des accidents; elle ne fournit pas la preuve qu'ils sont la cause spécifique.

Après les maladies arthritiques, la migraine a des relations fréquentes avec *l'hérédité nerveuse*. Les manifestations nerveuses de l'arthritisme se voient rarement chez l'enfant; les névralgies et les myodynies sont peu citées dans les observations. Par contre, les petits migraineux sont des agités, ils ont des insomnies et des terreurs nocturnes. Quelques-uns sont des candidats à la grande névrose. Hénoc'h cite l'observation de deux frère et sœur âgés de 10 et 8 ans, ayant des accès de migraine carac-

térisés, s'accompagnant dans un cas de surexcitation extatique.

La malade de l'observation IX dont la migraine a débuté à 7 ans, présente à chaque accès des phénomènes hysté-riformes : la mère était migraineuse et d'un nervosisme exagéré ainsi que 2 sœurs. On retrouve souvent dans les familles des petits migraineux des tares nerveuses plus ou moins graves : hystérie, épilepsie, mélancolie, idiotie, soit chez les ascendants, soit chez les collatéraux.

L'hérédité névropathique s'ajoute souvent à l'arthritisme, et constitue le tempérament neuro-arthritique très fréquent. C'est sur ce terrain que nous allons voir éclore la migraine ; pour cela toute raison est bonne, aussi la liste des causes provocatrices est-elle longue.

Le sexe féminin paraît, chez les enfants, être plus favorable à la migraine.

L'âge de prédilection pour l'apparition de la névrose est celui de la puberté ou du début de la menstruation. Mais il n'est pas rare de la voir débiter plus tôt. De 12 à 15 ans, au changement physiologique s'ajoutent des causes secondaires nombreuses, tandis que chez les jeunes enfants la cause n'est pas toujours décelable. Mais au-dessous de 15 ans, on peut dire qu'il n'y a pas d'âge auquel on n'ait pas observé la migraine.

Dans la thèse de Soula, nous trouvons 8 observations de migraine ayant débuté : 1 fois à 13 ans, 1 fois à 12 ans, 1 fois à 10 ans, 1 fois à 5 ans, 4 fois dans l'enfance. Comby sur 20 cas de migraine avérée observés par lui a trouvé le début de la maladie : 3 fois à 2 ans, 2 fois à 4 ans,

2 fois à 5 ans, 3 fois à 6 ans, 3 fois à 8 ans, 4 fois à 9 ans, 3 fois à 10 ans.

Dans les observations que nous publions, nous trouvons les premiers accès : 2 fois dans la 1^{re} année, 2 fois à 2 ans, 2 fois à 3 ans, 2 fois à 4 ans, 2 fois à 7 ans, une fois à 10 ans, une fois à 11 ans.

La précocité de la migraine est donc loin d'être rare. Le milieu, le genre de vie ont une influence marquée. Elle est plus fréquente dans la clientèle de ville qu'à l'hôpital, elle reste, chez l'enfant, le lot de ceux qui descendent des classes élevées.

Les premiers efforts de l'esprit, le travail intellectuel de l'école sont une cause provocatrice fréquente. Hénoc'h insiste sur « les exigences de la pédagogie actuelle, la « privation d'air de la campagne, les efforts de l'esprit « dans les locaux trop remplis, les récréations parcimonieuses, mesurées et remplies encore par des travaux « à la maison et l'étude de la musique. » Ce sont, dit-il, les causes principales de ces maux de tête observés si souvent à partir de 7 ans environ chez les enfants des deux sexes.

Allory admet la constipation comme cause fréquente de la migraine, il décrit une migraine rectale. Bouchard parle de migraines dyspeptique, hépatique, paludique, utérine. Ces causes ne sont pas toujours très nettes chez l'enfant. Le système génital féminin, en dehors de l'établissement de la menstruation ne paraît pas avoir un grand rôle dans la migraine infantile. Cependant Hénoc'h cite un cas de migraine chez une petite fille de 7 ans, survenant à l'occasion d'une vulvo-vaginite. Cette affection

traitée et guérie, la migraine disparut pendant un an, puis revint lorsqu'un nouvel écoulement se montra.

Enfin l'accès peut être provoqué par des causes variées, l'insomnie, les fatigues physiques ou cérébrales, les contrariétés, les émotions morales, les impressions sensorielles exagérées, le bruit, les odeurs fortes, les indigestions, certains aliments ou boissons. Elle peut survenir chez les enfants citadins, par l'action du soleil, du vent, du grand air. Les tout jeunes enfants ont des accès sans cause appréciable.

Il en est qui sont amenés par la fatigue oculaire et les vices de réfraction. Des migraines sont guéries par le port de verres appropriés.

Hack a décrit une migraine symptomatique de lésions nasales, et principalement d'ulcérations, siégeant dans le segment antérieur du cornet inférieur. Renous a étudié dans sa thèse le traitement de ces migraines par la guérison des lésions nasales. Il conclut à l'examen méthodique des fosses nasales chez les migraineux, ces lésions n'écartant pas l'idée d'arthritisme.

Un rôle semblable a été attribué aux végétations adénoïdes.

Le paludisme peut se manifester uniquement par des migraines : ce sont les fièvres larvées de Trousseau.

Il y a donc une migraine diathésique et des migraines symptomatiques. Mais cette multiplicité de causes ne doit pas exclure la migraine arthritique, qui est de beaucoup la plus fréquente. Elle peut, il est vrai, exister en dehors de toute maladie arthritique. « Elle est parfois la seule maladie familière chez l'individu. Même alors, il

n'est pas certain qu'elle soit étrangère à l'arthritisme. Elle peut être le premier terme d'une série qui se déroulera dans les générations successives. De tels migraineux font souche d'arthritiques. »

« En résumé, conclut le professeur Bouchard, la migraine est une maladie qui s'individualise, qui conquiert son autonomie à un plus haut degré qu'aucune des maladies arthritiques. Ses fréquentes parentés morbides avec les maladies arthritiques, prouvent que sa condition pathogénique peut être provoquée ou préparée par des troubles nutritifs communs à toutes ces maladies. Mais cette condition pathogénique peut être réalisée aussi dans d'autres conditions et sous d'autres influences, la migraine gardant sa physionomie propre dans l'un et dans l'autre cas, indépendamment de sa cause. »

DESCRIPTION

La migraine de l'enfant ressemble, dans ses grandes lignes, à celle de l'adulte. L'accès en diffère cependant par quelques symptômes en plus ou en moins. Voici le tableau symptomatique que l'on observe le plus souvent.

L'enfant est pris soudainement, en pleine santé. Après quelques heures de sommeil, ou le matin au réveil, il se met à vomir. Si le début est nocturne, les vomissements sont d'abord alimentaires, s'il est diurne, ce sont des vomissements purement muqueux. En même temps apparaît une céphalée plus ou moins intense, diffuse ou localisée.

Les vomissements se répètent avec une grande fréquence ; ils sont peu abondants, provoquent des efforts très pénibles qui aboutissent de temps en temps à l'expulsion d'un peu de bile.

L'anorexie est complète, l'intolérance gastrique absolue. La constipation est la règle.

En peu de temps, l'enfant est très abattu, on note souvent une légère élévation de température. Le visage est pâle, les pommettes un peu colorées, s'il y a de la fièvre. Les pupilles sont généralement rétrécies. Immo-

bile, les yeux mi-clos, le petit malade redoute le bruit et la lumière.

Le début de l'accès peut être marqué par des battements de cœur, ou par une légère épistaxis.

Au cours de l'accès, sous l'influence de la fièvre, la respiration s'accélère.

Les vomissements, après une durée moyenne de un à deux jours, avec quelques rémissions, cessent brusquement. Avec eux disparaît toute la maladie. L'enfant sort de sa torpeur, il peut boire et conserver un peu de liquide; quelques heures après il peut faire un véritable repas. Il reste parfois un peu de tristesse et de lassitude; chez quelques sujets, après les longs accès, une courbature de quelques jours.

La fin de l'accès est quelquefois marquée par des sueurs abondantes ou par une crise urinaire.

Après quelques heures de sommeil, l'enfant est le plus souvent guéri tout-à-fait : sa santé restera parfaite jusqu'au nouvel accès.

La migraine infantile peut varier de symptômes avec l'âge du malade, et avec les sujets. Cependant, jusqu'à l'adolescence, la période prodromique, qui est souvent nette chez l'adulte, manque toujours.

La céphalalgie n'occupe pas le premier rang. Chez les tout jeunes enfants, elle ne paraît pas très intense, quelquefois elle n'est pas accusée du tout. Dans la seconde enfance la douleur devient contusive, nauséuse, et porte aux défaillances. Dans l'adolescence, elle est gravative, congestive, avec sensation de battements. Jamais elle n'est aussi exquise que chez l'adulte, ni

aussi nettement localisée. Quand au début, de l'accès, elle occupe une moitié du crâne, elle s'étend facilement à l'occiput et devient souvent diffuse. Ses modalités sont peu précisées.

Les signes gastriques, au contraire, sont prépondérants dans l'accès de migraine infantile.

Les vomissements sont muqueux ou bilieux, peu abondants, mais leur fréquence reste la même à toutes les périodes. Quand l'accès dure plusieurs jours, il se fait pourtant quelques rémissions. Le décubitus horizontal, le repos, l'obscurité les calment un peu. Les nausées, l'anorexie sont constantes. La langue devient rapidement saburrale, mais cet enduit léger disparaît bientôt après la guérison. La constipation est la règle.

Très accusés sont les symptômes nerveux. Le délire se voit souvent, les convulsions ne sont pas rares dans la première enfance, et elles peuvent être suivies de prostration. Alternant avec ces phases d'excitation, on observe de la somnolence, de la torpeur. Le mouvement fébrile, très fréquent, peut être mis au rang des réactions nerveuses — il entraîne un peu d'accélération de la respiration.

Du côté des organes des sens, l'œil paraît le plus fréquemment atteint fonctionnellement. Les odeurs, le bruit sont cependant pénibles. La photophobie existe toujours. La douleur orbitaire avec les troubles oculaires caractérisant la *migraine ophthalmique*, brouillard, scotome scintillant, visions colorées, sont exceptionnels chez l'enfant. Le myosis est plus fréquent que la mydriase. Celle-ci, quand elle existe, peut être associée à une

salivation abondante et indique la participation du grand sympathique. Les troubles moteurs du côté de l'œil ont été observés une fois par le Dr W. Russell (obs. VII). On retrouve, dans cette observation, les caractères propres à la forme de migraine décrite sous le nom de *paralysie oculo-motrice récidivante* ou de *migraine ophtalmoplégique*. Il y avait ptosis du côté gauche, avec strabisme externe, mydriase. Le nerf moteur oculaire commun était seul atteint, le pathétique et le moteur oculaire externe étaient indemnes. Cette ophtalmoplégie apparut vers l'âge de 7 ans chez un sujet migraineux depuis la naissance : d'abord intermittente, elle devint permanente avec aggravation au moment des accès de migraine.

Les signes généraux sont fréquents. La face est pâle, les traits sont tirés, les yeux cernés. Le visage peut être rouge, les yeux larmoyants.

Le pouls est petit, serré, augmenté de fréquence.

La durée de l'accès chez le nourrisson n'est que deux à quatre heures. Mais dès la seconde enfance elle devient plus grande que chez l'adulte, en même temps très variable, 12, 24 et 48 heures. La durée moyenne est d'une journée. L'accès débute le matin, s'atténue dans la soirée, et disparaît au commencement de la nuit.

La périodicité est encore plus irrégulière. Très variable avec les sujets, elle peut être modifiée par le milieu et l'hygiène. Mais, d'une façon générale, les accès sont plus fréquents à mesure que l'enfant avance en âge. Espacés de 3 à 4 mois, dans la première année de leur apparition, ils se rapprochent et peuvent survenir tous

les mois, et plusieurs fois par mois. Toutefois l'évolution de la migraine n'est pas constante, Lasègue fait remarquer que la migraine peut vieillir plus vite que le migraineux et arriver à une phase tardive et à des formes effacées chez des hommes jeunes encore.

La migraine infantile ne se présente pas toujours dans sa forme normale. Il existe, surtout pendant la première enfance, des *migraines frustes* dans lesquelles apparaît au premier plan tantôt le vomissement, tantôt la céphalalgie. Comby cite, en exemple, le cas d'une fillette de 10 ans 1/2 dont les accès de migraine sont actuellement caractérisés, mais qui dès l'âge de 2 ans traduisait ses accès par des cris soudains, des vomissements, une agitation considérable.

Après 2 ou 3 heures, survenait un état de somnolence durant 5 ou 6 heures, et marquant la fin de la crise. Les mêmes symptômes revenaient périodiquement et, dans les intervalles, la santé de l'enfant ne présentait aucun trouble. Il y a là quelque chose d'analogue à ce que l'on décrit sous le nom de vomissements cycliques, nerveux ou à rechute, que Solelis a étudiés dans sa thèse. En voici la description rapide.

On les observe surtout chez les enfants jeunes et descendant d'arthritiques. Ils surviennent brusquement, ou sont parfois précédés de troubles vagues : lassitude, constipation, anorexie, mal de tête. Ils peuvent être légers et de courte durée (quelques heures) ou graves et prolongés (plusieurs jours). Ils s'accompagnent de nausées et d'efforts, s'exagérant spontanément ou par la moindre provocation : aliment ou boisson, changement de position. D'abord ali-

mentaires, ils deviennent muqueux, teintés de bile ou de sang. Leur réaction est acide, on y trouve quelquefois de l'acide chlorhydrique libre en excès. Le ventre est peu ou pas douloureux. La constipation est la règle.

La température est variable, souvent un peu élevée. Il y a souvent de la céphalée, quelquefois elle est intense.

L'accès dure de quelques heures à 7 ou 8 jours. Toujours la guérison est rapide, presque instantanée. Quand l'état se prolonge, il reste une grande prostration. Même alors, la convalescence est courte, l'enfant se trouvant mieux après l'attaque.

Ces crises sont sujettes à retour quoique la périodicité n'en soit pas régulière. Les rechutes se font de plus en plus rares avec l'âge.

Début brusque, périodicité, retour parfait et rapide à la santé, tels sont les caractères primordiaux de ces vomissements.

Nous avons dit que Withney les rapprochait des accès de migraine. Pour lui, ce n'est pas un simple trouble gastrique. L'hyperacidité des matières rejetées n'explique pas la périodicité des crises et l'état habituel de santé. Il en fait une névrose gastrique, dont il recherche la cause fondamentale dans un trouble du système nerveux sur lequel agissent des poisons accumulés dans l'organisme. Il ignore la nature de ces poisons, mais il fait remarquer que tous les malades appartiennent à des familles neuro-arthritiques.

Rachford les place parmi les accidents uricémiques, ceux-ci consistant en troubles nerveux et en troubles gastro-intestinaux, tous paroxystiques. Il parle d'épilepsie

uricémique qui serait associée à la migraine, aux troubles digestifs et aux autres manifestations de la diathèse urique. Il les attribue à l'action, sur le système nerveux, de la xanthine et des leucomaines.

On trouve, en effet souvent, dans les urines de ces petits malades, de l'acide urique et des urates en excès, de l'indican, de la xanthine et autres produits d'oxydation incomplète des matières azotées, quelquefois de l'albumine et de l'acétone. Rappelons que Rachford a vu les paroxysmes de migraine vraie, coïncider avec l'excrétion urinaire de grandes quantités de xanthine.

Marfan insiste sur la présence dans les urines et dans les matières vomies, de l'acétone dont il fait la cause unique des vomissements à rechute.

Les antécédents héréditaires, l'évolution de ce phénomène éveillent plutôt l'idée d'une manifestation précocede de l'arthritisme. Il peut alterner avec elles, leur succéder, mais son aboutissant le plus fréquent est la migraine. Cette évolution est nettement indiquée dans une observation de Rachford : aux vomissements incoercibles succédèrent des nausées; l'abattement et la prostration consécutifs diminuèrent; la céphalée apparut intense et progressivement des accès de migraine bien caractérisés remplacèrent les vomissements périodiques.

La céphalalgie paroxystique uricémique peut représenter aussi une forme de migraine fruste chez les enfants jeunes. La symptomatologie et la durée des accès sont mieux individualisées, mais on retrouve encore la même hérédité, les mêmes substances chimiques dans les urines, au moment des crises, la même alternance et la même

succession avec les manifestations arthritiques. Caussade, dans sa thèse, a étudié cette céphalalgie paroxystique qu'il compare à la migraine fruste : ce sont des crises paroxystiques de céphalée, sans nausées, sans vomissements, sans périodicité aussi marquée que dans la migraine vraie, et dont la durée peut avoir quelquefois la rapidité de l'éclair, rappelant ainsi de véritables crises névralgiques. Mais la migraine les remplace après quelques années, témoignant de leur lien commun avec la diathèse commune.

Ces deux symptômes doivent cependant rester distincts de la migraine. Ils ont leurs caractères propres, mais leur rapprochement de la migraine est intéressant parce qu'il montre le polymorphisme de l'arthritisme, créé par la clinique, reconnaissable par ses moyens dans le bas âge, et dont il appartient à la chimie de démontrer la spécificité.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de migraine chez l'enfant est aisé en présence d'un accès typique qui n'est jamais isolé. Mais dans la première enfance et au début de la seconde enfance, les premières crises sont le plus souvent prises pour un embarras gastrique.

On devra penser à cette névrose, lorsque chez un enfant issu de parents arthritiques ou migraineux, on verra survenir périodiquement, en pleine santé, des vomissements avec constipation, de la céphalée, parfois hémicranique, accompagnée de troubles sensoriels surtout accusés du côté de la vue, avec peu ou pas de fièvre, et que tous ces accidents se dissiperont soudainement après 1 à 3 jours.

La migraine revêt souvent, au début, la forme de l'embarras gastrique fébrile : il y a de la fièvre, la langue est saburrale, l'haleine fétide, enfin et surtout des vomissements alimentaires et muqueux. Mais la migraine s'accompagne de constipation, le ventre reste indolore, souple, tandis que dans l'embarras gastrique, les vomissements moins fréquents ne vont jamais sans diarrhée ni coliques. Celui-ci est, en outre, annoncé par une période prodromique, pendant laquelle les vomitifs et les purga-

tifs peuvent amener une sédation. Sa durée n'est pas celle de la migraine, sa terminaison surtout est plus lente et décroissante. Dans la migraine, l'anorexie n'exclut pas forcément la sensation de faim, les aliments ingérés peuvent être digérés.

Soudaineté du début, périodicité, constipation, caractères des vomissements sont des éléments importants du diagnostic de migraine, même lorsque la céphalée est peu nette.

Chez les nourrissons, on pourra penser à un régime alimentaire défectueux, mais les modifications apportées à ce régime ne changeront en rien les crises.

On voit souvent, chez les enfants arthritiques, un syndrome décrit par Comby sous le nom de fièvre de digestion. Ce sont des accès de fièvre (39° - 40°), revenant tous les 2 ou 3 mois, avec nausées sans vomissements et abattement. Cet état dure 4 ou 5 jours, il s'accompagne de constipation. On pourrait prendre ces phénomènes pour des accès de migraine fruste. *

Les troubles digestifs sont d'ailleurs très fréquents chez les enfants arthritiques ; on peut observer chez eux toutes les variétés de dyspepsie, mais principalement la dyspepsie atonique, flatulente, avec gonflement abdominal, renvois nidoreux, coliques, sur laquelle se greffent parfois des accidents aigus.

A ces troubles digestifs se rattachent les vomissements cycliques. Nous avons vu que leur parenté avec la migraine est plus proche. S'ils ne sont pas des accès de vraie migraine, leur diagnostic sera utile pour prévoir l'éclosion plus ou moins probable de cette névrose qui se sub-

stitue souvent à eux. C'est surtout dans les premiers mois de la vie qu'on les rencontre, ils sont donc une source de renseignements précoces.

La distinction doit être faite entre la migraine et les autres céphalées de l'enfance, que l'on peut appeler *migranoïdes*.

Celles-ci sont nombreuses, mais contrairement aux troubles gastriques, elles apparaissent de préférence pendant la seconde enfance. D'une façon générale elles ont une marche irrégulière, et n'ont pas de localisation nette. Voici les principales et leurs caractères distinctifs.

Les céphalées toxiques les plus fréquentes chez les enfants sont les céphalées prodromiques des maladies infectieuses, surtout de la fièvre typhoïde et de la malaria. Dans le premier cas, il existe des troubles prodromiques tels que épistaxis, vertiges, diarrhée, langue saburrale ; la courbe thermométrique annonce une affection grave. La céphalée du paludisme est intermittente, régulière, n'a aucun rapport avec les antécédents héréditaires que nous soupçonnons : on pourra rechercher la plasmodie dans le sang. L'épreuve de la quinine devra être tentée.

Citons la céphalée de la constipation.

Une céphalée très commune chez les enfants est celle qui accompagne les troubles digestifs, la dyspepsie habituelle, les excès alimentaires, l'usage prématuré des boissons alcooliques ou excitantes (vin, thé, café). Elle est presque toujours quotidienne, s'accompagne souvent de sueurs, d'agitation nocturne, d'insomnie. Elle est commune chez les enfants polydypsiques.

La céphalalgie coïncide parfois avec l'anémie ou la chlorose.

Les céphalées d'origine nerveuse se montrent parfois chez des enfants nerveux, hystériques ou candidats à la grande névrose. Ce sont des douleurs vagues, frontales ou en casque, continues ou rémittentes, sans photophobie, sans nausées ni vomissements, et sans périodicité. Les névralgies du trijumeau ne paraissent pas fréquentes chez les enfants.

La céphalalgie de croissance se rapproche de la céphalalgie des écoliers. Elle survient à l'occasion de fatigue cérébrale, cesse par le repos. Elle serait plus fréquente chez les neuro-arthritiques, mais dépend surtout du surmenage et de la mauvaise hygiène des écoles. Comby fait remarquer que chez les enfants qui habitent la campagne, même quand ils ont une croissance rapide, on ne rencontre pas de ces céphalalgies.

Les douleurs de tête occasionnées par la méningite, l'encéphalite, l'abcès du cerveau, ou une tumeur cérébrale se distinguent aisément de la migraine. Celles-ci sont continues, souvent localisées à un point fixe, très violentes avec exacerbation nocturne. Elles sont accompagnées d'hyperthermie dans les maladies aiguës, telles que la méningite. Enfin elles ne tardent pas à s'accompagner de symptômes plus graves, convulsions, paralysie, etc.. Dans les cas d'hésitation motivée, on aura recours à la ponction lombaire.

Les céphalées d'origine réflexe sont d'autant plus intéressantes, qu'elles sont capables d'être parfois la cause de provocation d'accès migraineux. Elles dépendent le plus

souvent de troubles oculaires, ou de lésions nasales ; du côté de la sphère génitale, l'observation de Hénoch paraît exceptionnelle. Les troubles de la réfraction (myopie, astigmatisme), surtout quand les efforts d'accommodation deviennent excessifs (asthénopie accommodative décrite par Maurice Perrin) sont cause d'une céphalalgie survenant au moment de la lecture et de l'écriture, surtout à la lumière ; la douleur est fronto-orbitaire. Elle est guérie par le repos visuel et le port de verres appropriés. Les rhinites aiguës, les ulcérations de la pituitaire, les végétations adénoïdes, doivent être recherchées et traitées. Les vers intestinaux causent des maux de tête vagues et sans paroxysmes accusés. Leur présence dans les selles fera le diagnostic.

Enfin la céphalalgie périodique uricémique, véritable migraine fruste, doit être reconnue. Les accès surviennent par périodes irrégulières, ils sont parfois très courts, de la rapidité d'un éclair, leur durée maxima ne dépasse jamais 20 minutes. Ils ne s'accompagnent ni de nausées, ni de vomissements. Ils feront cependant penser à la migraine à laquelle ils peuvent aboutir, par le terrain neuro-arthritique sur lequel ils se développent avec prédilection.

Nous avons vu, dans la description de la migraine infantile, la fréquence et l'intensité des réactions nerveuses chez les tout jeunes enfants. Pendant tout le temps que durent ces accidents, on peut penser avec raison à de la méningite, surtout si la température est élevée.

Les observations XIII et XIV empruntées au docteur J. Carrière peuvent être interprétées de cette façon. Et

nous ne pensons pas, en émettant cette hypothèse, dénaturer la pensée de l'auteur qui publie ces deux cas sous le nom de *méningisme uricémique* et les rapproche des accès de goutte.

Il s'agit de deux petits malades âgés l'un de 6 ans 1/2, l'autre de 22 mois 1/2. Tous les deux ont des antécédents héréditaires arthritiques, le père et la mère du premier étant migraineux. Celui-ci a présenté en outre des accès d'asthme à 4 ans, et a eu, l'année précédente, des accidents ayant fait penser à de la méningite. Les accidents décrits dans ces observations représentent au complet le tableau de la méningite. Deux particularités sont intéressantes : la disparition rapide (3-4 jours) des symptômes, la relation de ces signes avec la présence dans les urines et dans le liquide céphalo-rachidien, d'acide urique et d'urates en excès.

La marche des accidents, les antécédents arthritiques, la répétition de ces symptômes chez l'un des petits malades à un an d'intervalle, nous ont fait penser à des accès de migraine fruste. L'évolution seule de la maladie pourra confirmer cette hypothèse. Nous voyons de plus dans ces faits, une indication à examiner sinon le liquide céphalo-rachidien des migraineux, du moins leurs urines au moment des accès. Peut-être trouverait-on assez souvent de l'acide urique et des urates en excès, ou les corps incriminés par les médecins américains, et qui sont aussi les produits d'oxydation incomplète des matières azotées.

Pronostic. — Il porte surtout sur l'évolution de la maladie et sur les menaces que celle-ci entraîne pour

l'avenir, les accès ne présentant aucune gravité. Toutefois chez les tout petits, lorsque les vomissements se répètent avec une grande fréquence pendant plusieurs jours, ils amènent une grande prostration et une dénutrition profonde et rapide, qui peut mettre la vie en danger : c'est cependant l'exception. Voici, d'après le docteur Comby (*Traité des maladies de l'enfance*), le pronostic de la migraine infantile, et les réserves à faire sur l'avenir réservé au petit malade.

« En général, quand la migraine débute dans la première enfance (chose assez rare, elle se présente d'abord par accès très éloignés ; puis, avec les années, les accès se répètent et s'accroissent jusqu'à l'âge adulte, pour décliner ensuite et disparaître au seuil de la vieillesse. Il est à craindre, quand la migraine débute aussi tôt, que l'enfant n'ait, par la suite, d'autres manifestations plus ou moins graves de l'arthritisme ; cet avènement précoce des paroxysmes indique une puissance plus grande de la diathèse, avec prise de possession plus complète de l'organisme, une hérédité plus lourde. Si la migraine débute plus tard, dans la seconde enfance, au moment de la puberté, elle est moins grave, quoique persistante ; on voit les accès se répéter périodiquement à chaque époque menstruelle, pendant de longues années, pour s'éteindre à la ménopause.

« Parfois, le cas s'est reproduit dans les faits que j'ai observés ; la migraine se montre vers l'âge de 10 ou 12 ans, et cesse, 2 ou 3 ans après, quand la menstruation s'est établie. En somme, la durée de la maladie, sauf les exceptions, est très longue ; commençant dans l'enfance,

la migraine ne finira qu'à un âge plus ou moins avancé. Elle présente son maximum d'intensité à l'âge adulte pour décliner ensuite avec le progrès des années. La maladie se termine spontanément et naturellement, après une durée presque toujours longue, dont le terme ne peut être prévu, ni avancé par une thérapeutique quelconque.

« Le pronostic, bénin quant à la vie, qui n'est pas menacée par les accès, est sérieux quant à la durée indéfinie de la maladie et à la multiplicité de ses paroxysmes. Chez l'enfant la migraine est moins sévère que chez l'adulte; elle est moins douloureuse, moins annihilante, moins accablante; ayant commencé plus tôt, elle doit finir plus tôt. Mais quand on voit l'arthritisme s'annoncer, dès le premier âge, par exacerbations violentes, on doit craindre qu'il ne se traduise plus tard par des accidents plus graves.

Un enfant est aujourd'hui migraineux, ne sera-t-il pas demain asthmatique, goutteux, graveleux, diabétique? En présence de la migraine infantile, on doit faire, à ce point de vue, les plus expresses réserves. »

TRAITEMENT

Le traitement de la migraine comporte deux indications : traiter l'accès, traiter l'état général, cause de la maladie. Ces deux indications ne sont pas également faciles à remplir. « Si nous pouvons atténuer les manifestations paroxystiques de la migraine par une hygiène et des remèdes appropriés, nous n'avons qu'un faible pouvoir sur la diathèse héréditaire qui les alimente. » (Comby), Atténuer les accès, et en éloigner les échéances, seront donc possibles par le traitement général.

Éviter l'excès des efforts intellectuels, retirer les enfants des lycées des villes pour les envoyer dans un pensionnat à la campagne, leur accorder de longues récréations et des vacances au grand air, en un mot faire intervenir dans leur existence des exercices physiques pouvant augmenter les échanges nutritifs, telle sera la base du traitement hygiénique. Le même but sera poursuivi par l'hydrothérapie sous toutes ses formes : douches froides, courtes (10-15 secondes), chaudes au début en cas d'intolérance, affusions froides, drap mouillé, bains salés ou sulfureux. Les bains froids et la natation réunissent les avantages de l'eau froide et de l'exercice physique. L'hydrothérapie a une action

sédative utile chez les enfants migraineux qui sont généralement des nerveux.

Le bromure de potassium peut être essayé. On le prescrira à la dose de 0, 50 centigr. à 1 gramme, pendant une ou deux semaines, puis suspendu pendant huit jours, et repris si l'agitation persiste.

Aux enfants chlorotiques, on donnera des préparations ferrugineuses ; aux lymphatiques et scrofuleux, l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, etc..

Contre les accès, on essaiera la quinine, l'antipyrine, ou la caféine. Nous donnons ici les formules indiquées par le docteur Comby pour ces médicaments et le mode d'administration qu'il conseille.

« La quinine s'impose non seulement dans les pays à malaria, mais dans la plupart des cas ; le sulfate de quinine, tonique vasculo-nerveux, a une puissante action dans toutes les affections douloureuses qui dépendent d'une congestion des éléments nerveux ; or, les phénomènes vaso-moteurs semblent jouer un grand rôle dans les migraines. On donnera au début de l'accès, 15 ou 20 centigr. de sulfate, de bromhydrate ou de chlorhydro-sulfate de quinine ; on pourra répéter cette dose toutes les 2 ou 3 heures, dans les cas intenses. Il ne faut pas songer à faire prendre par la bouche, au moment des accès, un médicament quelconque, surtout la quinine, à cause des nausées et des vomissements qui feraient tout rejeter. On prescrira des suppositoires ainsi composés :

Beurre de cacao.....	2 grammes
Sel de quinine	0,20 centigr.

pour un suppositoire, qu'on introduira dès le début de l'accès, et qu'on pourra répéter deux ou trois fois dans la journée.

« L'antipyrine, très recommandée chez les migraineux adultes, peut aussi trouver son emploi chez les enfants ; c'est un excellent médicament dans l'accès de migraine ; on le donnera aussi en suppositoires de 30 à 50 centigr. si l'enfant ne peut l'avaler dans un peu d'eau sucrée ou de sirop.

On pourra donner jusqu'à 2 et 3 grammes d'antipyrine par jour dans la seconde enfance.

S'il y a de l'agitation, de l'insomnie, du délire, on ajoutera un peu de chloral aux suppositoires de quinine :

Beurre de cacao.	2 grammes
Bromhydrate de quinine	0, 50 centg.
Hydrate de chloral	0, 15

pour un suppositoire. »

On peut ajouter à l'antipyrine, la caféine dont l'action tonique se rapproche de celle de la quinine. La formule suivante est conseillée et ordonnée par le Docteur Comby :

Antipyrine.	2 grammes
Caféine	0, 50 centig.
Sirop	20 grammes
Eau distillée.	40 grammes

Une cuillerée à café au moment de l'accès.

Au moment de l'accès, il est bon de tenir l'enfant au lit, dans une chambre à température plutôt fraîche (15° à 16°). On évitera autour de lui le bruit, le mouvement. L'obscurité est recherchée par les migraineux, et leur procure quelque soulagement.

« La diète, pendant toute la durée de l'accès, est de rigueur ; d'ailleurs les aliments ne sont pas désirés ; on se contentera de quelques boissons acidulées (limonades citrique ou tartrique) de thé ou de café légers.

Le régime alimentaire, en dehors des accès, doit être surveillé de très près, surtout si l'enfant est dyspeptique, les indigestions ramenant facilement les accès. On devra surtout rationner les liquides, dont l'abus conduit si souvent à la dyspepsie. » (Comby.)

Les stations balnéaires à indiquer de préférence sont : pour les nerveux, Plombières, Nérès, Luxeuil, Bagnères-de-Bigorre ; pour les enfants migraineux qui sont en même temps obèses, graveleux, uricémiques, Contrexéville, Evian, Vittel. Chez ces derniers, le régime est important, ainsi que les alcalins.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(recueillie dans le service du D^r Comby)

Migraine ayant débuté à 5 ans, succédant à des vomissements périodiques

Gaston D..., 8 ans 1/2.

Père : obèse, lumbago.

Mère : nerveuse, très impressionnable, n'a pas de migraines mais a eu à chacune de ses 4 grossesses, des douleurs névralgiques revenant tous les soirs pendant six semaines environ avant l'accouchement.

Grand-mère maternelle : migraines.

Né à terme. Nourri au sein maternel jusqu'à 18 mois.

Aucune maladie jusqu'à 2 ans. A cette époque, vomissements périodiques ne paraissant pas d'origine dyspeptique, l'enfant continuant à s'alimenter normalement, et ayant une bonne santé.

Vers l'âge de 5 ans, à ces vomissements périodiques se sont substitués des accès de migraine bien caractérisés ; la douleur est localisée à la région frontale ; elle survient vers 2 heures de l'après-midi, dure environ 4 à 5 heures, puis tout cesse brusquement. Avec la céphalalgie coïncident des vomissements. L'enfant est vu pour la première fois, le lendemain d'une crise ; il lui reste un peu de tristesse et d'abattement. Il

est habituellement turbulent, travailleur et doué d'une bonne mémoire.

On institue comme traitement le drap mouillé et, au moment des accès, une cuillerée à café de la solution :

Antipyrine	2 gr.
Caféine	o gr. 50 centigr.
Sirop.....	20 gr.
Eau.....	40 gr.

OBSERVATION II

(recueillie dans le service du docteur Comby)

Migraine héréditaire ayant débuté à 7 ans

Amédée C..., 14 ans 1/2 :

Père 50 ans bien portant.

Mère : 48 ans, *Migraines* dans sa jeunesse.

Enfant grand, bien développé. Aucun antécédent pathologique.

Depuis l'âge de 7 ans a tous les deux mois des accès de migraine qui durent 24 heures. Ces accès sont uniquement constitués par de la céphalalgie à localisation pas très nettement hémicranienne. Douleur calmée par le repos, loin du bruit et de la lumière, accompagnée de nausées, mais pas de vomissements.

OBSERVATION III

(Recueillie dans le service du Dr Comby)

Migraine héréditaire ayant débuté à 11 ans, succédant à des accès d'asthme

Germaine T..., 12 ans.

Père : nerveux.

Grand-père paternel : asthmatique.

Mère : *migraines*, très nerveuse.

Née à terme, nourrie au sein maternel.

Premier accès d'asthme à 3 ans.

Bronchite à 4 ans.

A 6 ans $1\frac{1}{2}$ les accès d'asthme deviennent plus fréquents, apparaissent tous les mois. On soumet l'enfant au traitement à l'iodure de potassium. Légère amélioration.

A 11 ans elle a commencé à souffrir de douleurs de tête localisées aux tempes. Les accès de migraine survenaient avec les crises d'asthme, ils ne duraient jamais plus d'une journée, le début ayant lieu soit le matin, soit le soir. Pas de vomissements. Somnolence. Photophobie. La menstruation s'est établie à peu près à la même époque.

Depuis quelque temps les migraines sont plus fréquentes. Par contre les accès d'asthme ont presque totalement disparu.

OBSERVATION IV.

(Comby. — Uricémie chez les enfants. *Arch. de méd. des enfants*, 1901).

Migraine héréditaire ayant débuté à 2 ans.

Fille de 10 ans soignée pour troubles digestifs.

Mère : *migraines*, dyspepsie, asthme, rein mobile.

Père : *migraines*, rhumatisme.

L'enfant dès l'âge de 2 ans a eu la migraine. Actuellement elle n'a plus d'accès, mais se plaint de la tête (céphalalgie frontale) quand elle travaille. Depuis deux ans les migraines ont été remplacées par des crises périodiques de vomissements incoercibles. Ces vomissements durent trois ou quatre jours et reviennent tous les six mois. Ils laissent l'enfant amaigrie et anémiée. La dernière crise date de trois jours seulement. L'en-

fant est très pâle et j'entends nettement un souffle continu dans les vaisseaux du cou.

Au moment des crises, clapotage gastrique. Sable urique dans le vase de nuit. Traces d'albumine dans les urines.

Rein flottant à droite, très mobile, porté en haut et en avant, n'est pas douloureux.

La région de l'appendice (lors d'une crise, on avait pensé à de l'appendicite) est saine. Il n'y a pas de fièvre au moment des crises.

L'analyse des urines donna :

Densité = 1028

Urée — 24 gr.

Ac. urique — 0,60 centig.

Albumine — Traces.

Je conseille le régime végétarien, les affusions froides, des alcalins, le grand air, la vie à la campagne, eau d'Évian.

OBSERVATION V

(Thèse de Solélis. Obs. VII)

Migraine héréditaire ayant débuté à 3 ans

Fille de 9 ans. Nourrie au sein, mais alimentée prématurément. A souffert dans la première enfance. A marché tard. Rachitisme.

Mère bien portante.

Père, *migraineux*.

A l'âge de 3 ans eut des accès de migraine bien caractérisés.

Chaque accès durait 24 heures. A toujours été chétive, pâle, maigre.

Il y a 9 mois, eut une crise de vomissements qui dura trois jours, avec intolérance gastrique absolue, constipation. Pas de céphalalgie.

Il y a 3 mois, nouvelle crise plus intense que la première, se terminant brusquement au bout de trois jours.

Au moment des crises, les selles sont rares et glaireuses.
Amélioration par le régime.

OBSERVATION VI

(Rachford. *The archiv. of pediatrics*. Sept. 1897. Résumée)

Garçon né de parents arthritiques. Père et mère de familles goutteuses depuis plusieurs générations.

A partir de l'âge de 2 mois, souffrit de crises gastro-intestinales survenant toutes les quatre ou six semaines. Toutes ces crises étaient semblables, caractérisées par des vomissements, de la constipation, et un mauvais état général.

Les premières furent attribuées à la mauvaise qualité du lait ; on donna régulièrement du lait stérilisé. Les crises continuèrent.

Il est intéressant de mentionner que le frère de ce malade avait eu dans son enfance des crises semblables, lesquelles modifiées avec l'âge, avaient fait place à des accès de vraie migraine.

OBSERVATION VII

(W. Russell. *British med. journ.* 2 Mai 1903).

*Migraine datant de la naissance, avec ophtalmoplégie
à l'âge de 7 ans.*

Garçon de 13 ans. Accuse des accès périodiques de céphalée depuis sa naissance et une paralysie récente de certains muscles oculaires à gauche.

Père rhumatisant.

Grand-père maternel cardiaque.

Accouchement long et laborieux. Forceps.

15 jours après la naissance, malaise notable qui se reproduit périodiquement jusqu'au moment où l'enfant est assez grand pour se plaindre de violents maux de tête. L'intervalle qui

sépare les accès n'a jamais été moindre de 15 jours, ni supérieur à un mois. Quand l'intervalle s'allonge, les attaques sont plus violentes, plus légères dans les cas contraires.

Depuis six ans, les attaques sont accompagnées de chute de la paupière gauche et de strabisme, d'abord intermittent, puis permanent depuis 2 ans.

Enfant fort et intelligent. Organes sains. Urines normales. Œil droit normal.

Ptosis à gauche, strabisme externe, mydriase, pas de réaction à la lumière. Muscle droit externe et grand oblique intacts. Les autres muscles sont paralysés. Disques optiques normaux. Pas de paralysie faciale, ni de paralysie linguale. Pas de paralysie des membres. Pas de signe de Romberg. Réflexes rotuliens un peu exagérés.

Le 15 août, l'enfant se plaint de douleurs dans la moitié gauche frontale, avec sentiment de plénitude oculaire gauche que la lumière aggrave. Un peu de soulagement après le vomissement. Douleur épigastrique. Pouls faible et un peu irrégulier. Pas de fièvre. A part un léger accroissement du ptosis et un peu de congestion de la conjonctive, même état qu'au début.

Dans le courant de la journée, la céphalée continue et la parésie des muscles oculaires s'accroît. Le lendemain matin, le ptosis est complet et il y a paralysie absolue du moteur oculaire commun. Les IV^e et VI^e paires sont indemnes. Exagération notable des réflexes patellaires.

Le lendemain soir, la douleur est calmée, le ptosis moindre, la paralysie atténuée.

Le 25 août, nouvelle attaque avec vomissements. Le 28, retour à la santé. Puis, les attaques se reproduisent les 18 septembre, 1^{er}, 4 et 30 octobre, 9 et 29 novembre.

OBSERVATION VIII

(Valagussa. — *Il Policlinico*, 1901)

Migraine ayant débuté à 4 ans

Grand-père et grand'mère morts d'apoplexie.

Père arthritique, un peu neurasthénique.

Nourrie au sein maternel, fut bien jusqu'à 3 ans.

A cette époque, entérite pendant un mois.

En mars, quelques vomissements violents avec convulsions, pendant 2 heures. Fièvre 38°. Dyspnée. Après l'attaque de convulsions, retour des vomissements incoercibles, pendant trois jours.

Bonne santé pendant 3 mois, puis accès de vomissements avec céphalalgie. Le vomissement ne dure que 24 heures, et l'enfant mange malgré le mal de tête qui persiste. Au bout de 7 mois, nouvel accès avec céphalalgie.

Depuis cette époque, plus de vomissements, mais accès de céphalalgie survenant tous les 8, 10, 20 jours et occupant la moitié gauche du front.

Urines acides. Densité = 1026 — 1030. Légère albuminurie, acétone, indican. Dans l'intervalle des accès, on trouve de l'acide urique en excès = 0.96, 0.88, 1.03, 1.41.

OBSERVATION IX

*Migraine héréditaire ayant débuté à 7 ans. Coexistence
d'accidents nerveux*

Mlle Marie-Louise B..., 22 ans.

Mère : *migraines*, très nerveuse.

Pas d'antécédent pathologique jusqu'à l'âge de 7 ans, époque à laquelle éclate le premier accès de migraine, qui

dure 2 jours. Enfant studieuse, lisant beaucoup. Migraine bien caractérisée. Douleur localisée à la région temporale d'un côté pendant la crise, très intense. Il n'y a pas de vomissements, mais des nausées, de la pâleur de la face, de l'abattement. Douleur oculaire, photophobie, sueurs froides, syncopes. Anorexie absolue pendant la durée de l'accès. Pendant plusieurs années, ces migraines reviennent tous les 15 jours.

Vers 10 ans, troubles du côté de la vue, brouillard, scotome.

Une fois, il s'est produit une légère hémorragie sous-conjonctivale.

De 12 à 14 ans, les accès se sont encore rapprochés, et à l'époque de la menstruation, ils revenaient tous les soirs à 5 heures. La menstruation établie, les migraines ont disparu, pour reparaitre à 17 ans. A 19 ans, les migraines s'espacent, mais les douleurs durent plus longtemps (5-6 jours) et actuellement, elles ne se produisent qu'une ou deux fois par an, mais très violentes.

A 12 ans, les accès débutaient par de l'abattement, de la perte de connaissance pas complète toutefois, la malade n'ayant jamais fait de chute et se souvenant de tout après la crise.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. Pupille)

Migraine héréditaire ayant débuté à 4 ans. Calcul vésical à 4 ans

M^{lle} Marie-Louise T..., 18 ans.

Grand'mère : migraines.

Mère *migraine*.

Nourrie au biberon. Pas d'antécédent pathologique jusqu'à 4 ans, époque à laquelle elle aurait eu un calcul vésical.

Maux d'estomac.

La migraine a commencé à 4 ans. Douleur dans la région temporale droite. Pas de vomissements mais nausées. Abatte-

ment. Durée des accès, une huitaine de jours. Depuis cet âge, les migraines reviennent assez régulièrement toutes les 3 semaines. Le bruit et la lumière ne paraissent pas très incommodes, la malade guérissait ses accès par le grand air.

OBSERVATION XI

Migraine héréditaire ayant débuté à 10 ans

Docteur Georges B..., 26 ans.

Père : calvitie précoce.

Mère : migraines depuis l'âge de 10 ans. Névralgies intercostales. Blanchit de très bonne heure.

Grand'mère maternelle : asthme.

2 tantes migraineuses, le fils de l'une d'elles ayant eu du rhumatisme pendant sa seconde enfance.

Nourri irrégulièrement au sein et au biberon. Vers 10 mois, gastro-entérite très grave.

Vers 10 ans apparaissent les premières migraines, à intervalles assez réguliers d'un mois. Début le soir, disparition après une nuit de repos. Douleur frontale et temporale d'un côté, à points fixes. Vomissements, qui manquaient quelquefois, mais toujours nausées, abattement.

Ces accès sont survenus tous les mois jusque vers 15 ou 16 ans. Ils se sont alors espacés jusqu'à disparaître presque complètement. Actuellement ils reviennent surtout à l'occasion de digestions pénibles dont ils demeurent parfois le seul signe et toujours le premier. Les vomissements ne viennent qu'après ; guérison complète après quelques heures de sommeil.

OBSERVATION XII

Migraine héréditaire ayant débuté à 3 ans et précédée de vomissements périodiques.

Docteur Fernand P..., 25 ans.

Grand-père paternel : rhumatisant.

Grand'mère maternelle : hépatique.

Mère : *migraines* dès son enfance.

Père : rhumatismes.

Nourri au sein et au biberon.

Crises de vomissements périodiques vers 2 ans.

A 3 ans apparaissent les premiers accès de migraine : leur durée est de deux jours. Douleurs de tête, avec vomissements abondants. Leur début a lieu tantôt le soir, tantôt le matin. Ils reviennent jusqu'à l'âge de 16 ans, plusieurs fois par mois, causés par des excès de toute nature, quelquefois sans cause apparente. La douleur est diffuse occupant parfois la région occipitale : un seul point est net, c'est la douleur oculaire ; pendant l'enfance, la compression du globe de l'œil arrivait parfois à calmer la douleur.

Actuellement, les migraines reviennent très facilement à l'occasion de troubles digestifs.

Nous ajoutons à ces observations deux cas observés par le Docteur J. Carrière et publiés dans les *Archives Générales de Médecine* (18 mars 1903). Le Docteur Carrière pense qu'on peut admettre dans ces deux cas un *méningisme uricémique*, et que ces accidents peuvent être rapprochés des accès de goutte.

Nous avons discuté ces observations au chapitre du diagnostic.

OBSERVATION XIII.

Garçon de 6 ans $1/2$, de père goutteux, *migraineux*, eczémateux, obèse ; de mère *migraineuse* et hépatique. Frère de 8 ans eczémateux et asthmatique.

Nourri au sein maternel jusqu'à 18 mois. A 20 mois, convulsions.

A 4 ans, accès d'asthme répétés 3 fois par an.

A 5 ans 12, céphalée, vomissements, fièvre 38°5, constipation, état demi-comateux, puis délire, convulsions (méningite).

Au bout de 4 à 5 jours, guérison subite.

Le 1^{er} décembre 1902, tristesse, somnolence, 37°6. Agitation nocturne, plaintes, grincements de dents, mâchonnement, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernig, raie méningitique, constipation, ventre rétracté, vomissements. Pouls 150 à 160. Temp. 38°6.

Le lendemain, mydriase. Les urines acides ont une densité élevée (1072). Excès d'acide urique 1,95. On retire par ponction lombaire 35 centil. de liquide céphalo-rachidien. Examen cytologique négatif, mais cristaux d'urate de soude ; de même dans le sang. D'où diagnostic de *méningisme uricémique* dû à la présence d'acide urique dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Le traitement fut : régime lacté absolu, bottles d'ouate, limonade purgative, eau de Vittel, pipérazine et benzoate de lithine. Amélioration rapide, nouvelle ponction lombaire : il n'y a plus d'acide urique.

OBSERVATION XIV.

Garçon de 22 mois 12, de souche arthritique, nourri au sein maternel pendant 15 mois.

Le 15 février 1902, nuit agitée, 37°8, 38°8, vomissements, constipation, raideur de la nuque, décubitus en chien de fusil, cris, mâchonnements et grincements, signe de Kernig, myosis, raie méningitique, ventre rétracté. Pouls 80.

Le 15, convulsions, délire. L'examen des urines montre une forte acidité avec $D = 1029$ — 1 gr. 70 d'acide urique. La

ponction lombaire donne 30^{cc}. de liquide clair tenant en suspension des flocons (cristaux d'urate de soude); de même, cristaux uratiques dans le sang.

Le 17, amélioration notable. Nouvelle ponction lombaire, négative.

CONCLUSIONS

La migraine s'observe souvent à tous les âges de l'enfance.

Elle apparaît par ordre de fréquence : le plus souvent aux approches de la puberté et de la menstruation, souvent dans la seconde enfance, quelquefois dès la première enfance. Elle n'est pas rare chez les nourrissons.

Cette névrose est héréditaire : elle est étroitement liée à l'*hérédité similaire* en premier lieu, puis à l'*hérédité nerveuse*, tout en restant rattachée à la diathèse arthritique.

Chez les grands enfants, la *symptomatologie* de l'accès diffère peu de celle de la migraine de l'adulte. Dans la seconde enfance, l'accès revêt une forme spéciale : les signes gastriques sont constants et plus intenses, rappelant l'embarras gastrique ; la langue est saburrale, la fièvre est légère, mais très fréquente ; la céphalalgie est moins caractérisée, parfois peu intense, sa localisation est moins nettement hémicranienne.

Chez les tout petits, on observe le plus souvent une migraine fruste, dont les *vomissements périodiques* et

la *céphalalgie paroxystique* sont les formes les plus habituelles.

Le *diagnostic* est d'autant plus facile que l'enfant est plus âgé. Il est basé sur les antécédents héréditaires, sur les vomissements et la céphalalgie plus ou moins violente, survenant par accès subits, disparaissant après 24 ou 48 heures, enfin sur la périodicité de ces accès, dans l'intervalle desquels l'enfant conserve une santé parfaite.

L'affection n'est pas plus grave chez l'enfant que chez l'adulte. Le *pronostic* porte surtout sur l'éclosion ultérieure possible des grands paroxysmes de l'arthritisme.

Le *traitement* comporte deux grandes indications : *traiter l'accès, traiter sa cause*. La première est d'une réalisation relativement facile, la seconde, plus incertaine, n'en a pas moins une grande importance pour l'avenir du petit malade.

Vu :

Le Professeur :

DEBOVE.

Vu :

Le Doyen :

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLORY. — Migraine. *Th.* Paris, 1859.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.
— Pathologie générale. T. III.
- BARTHÈS. — Contribution à l'étude de l'arthritisme. *Th.* Montp.
1887.
- J. CARRIÈRE. — *Arch. gén. de méd.*, 17 Mars 1903.
- COMBY. — Tr. des mal. de l'enf. Migraine.
— *Archives de méd. des enf.* Juin 1899. Vomissements
périodiques chez les enfants.
* — *Arch. de méd. des enf.*, 1902. Arthritisme chez les
enfants.
— *Arch. de méd. des enf.* 1901. Uricémie chez les
enfants.
- CAUSSADE. — Céphalalgie uricémique. *Th.* Paris, 1900.
- COLLIGNON. — *Union médicale du N.-E.* 1895.
- DESCROIZILLES. — Traité des mal. des enfants.
- DOL. — Accès de migraine liés à l'atonie muscul. de l'estomac.
Th. Lyon, 1897.
- HÉNOCH. — Leçons cliniques.
- LARNED KEITH SHAW. — *The. arch. of pediatrics.* Nov. 1902.
- LEULLIER. — *Th.* Paris, 1901.
- LASÈGUE. — *Arch. gén. de Méd.*, 1875.
- MÉRY. — *Soc. de Pédiatrie.* 13 Juin 1899.
- MARFAN. — *Arch. gén. de méd. des enf.* 1899. Vomissements
périodiques chez les enfants.

- PIERSON. — *Arch. of pediatrics*. Juillet 1903.
- RAULLET. — Migr. ophtalmique. *Th.* Paris, 1882.
- RENOUS. — Migraines et leurs rapports avec les mal. nasales.
Th. Paris, 1892.
- RACHFORD. — The lithæmia. *The arch. of pediatrics*. 1897.
- W. RUSSELL. — *Brit. méd. Journ.* 2 Mai 1903.
- SARDA. — Des migraines. *Th. agr.* Paris, 1885.
- SOULA. — Migraine et arthritisme *Th.* Paris, 1885.
- SOLELIS. — Vomiss. périod. chez les enf. *Th.* Paris, 1900.
- THOMAS. — *Th.* Paris, 1887.
- TROUSSEAU. — Clin. méd. T. III.
- VALAGUSSA. — Il policlinico, 1901.
- WITHNEY. — Cyclic vomiting. *Th. arch. of pediatrics*. Nov.
1898.

Sens. — Imprimerie MIRIAM, 1, rue de la Bertauche